



Подари улыбку
Красноярская региональная общественная
организация



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ
**ФОНДА
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ**



ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Партнёры проекта:



**ПРОФЕССОРСКАЯ
ПРАКТИКА**



**КЛИНИКА
профессора
НИКОЛАЕНКО**

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Рекомендации по работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)	4
Что нужно знать детскому врачу-стоматологу при работе с детьми, имеющими психоневрологические расстройства (ПНР)	6
Особенности работы с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра (РАС)	8
Особенности работы с детьми синдрома Дауна	18
Стоматологический статус детей ДЦП	21
Организационные аспекты повышения доступности и качества стоматологической помощи для детей с ОВЗ	28



«В Красноярском крае проживает 10364 детей-инвалидов в возрасте до 17 лет и около 3000 - в г. Красноярске, 21% от этого количества детей имеют заболевания нервно-психологического спектра, при этом стоматологические патологии встречаются у особенных детей намного чаще, чем у обычных детей. За последние 40-50 лет в нашем обществе произошли многочисленные изменения в отношении лечения детей с ОВЗ. В результате большинство этих людей проживают в сообществе, а не в учреждениях, и зависят от практикующих врачей на уровне сообщества. Дети с ОВЗ испытывают определенные трудности с доступом к комплексной стоматологической помощи. Этому есть несколько причин: многие стоматологи не обучены лечению пациентов с ограниченными возможностями; некоторые стоматологи считают, что для оказания помощи требуется специальное оборудование; врачи предпочитают работать с менее «сложными пациентами». Поэтому важно, чтобы доктора стали компетентными и заинтересованными в оказании доступной стоматологической помощи пациентам с ОВЗ. Развитие просветительской работы с вовлечением всех заинтересованных участников для системной профилактической работы по сохранению стоматологического здоровья детей с ОВЗ, разработка предложений в программы реабилитации, обучение вовлеченности в выполнение лицами с ОВЗ собственной гигиены полости рта в максимально возможной степени являются важной составляющей развития стоматологического здоровья»

Николаенко С.А,
д.м.н., профессор,
председатель правления
КРОО «Подари улыбку»

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Группа детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) чрезвычайно неоднородна. Это определяется прежде всего тем, что в нее входят дети с разными нарушениями развития: нарушения слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы, с задержкой и комплексными нарушениями развития.

Деятельность системы ранней помощи детям младенческого и раннего возраста с ОВЗ и их семьям осуществляется на междисциплинарной основе, то есть в сопровождении ребенка и его семьи участвуют те специалисты (дефектолог, логопед, психолог, специальный психолог, сурдопедагог, тифлопедагог, семейный психолог и т. д.), в профессиональные функции которых входит работа с проблемами как ребенка, так и его семьи. Кроме того, деятельность системы ранней помощи осуществляется на межведомственной основе. В сопровождении ребенка могут принимать участие структуры органов здравоохранения, образования, социальные службы.

Первый этап реализуют учреждения здравоохранения. Именно на них лежит первичное выявление, реабилитация детей средствами медицины, направление этой категории детей в службы ранней специальной помощи и бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ).

Второй этап — ранняя специальная помощь ребенку и семье, осуществляемая службами ранней помощи, реабилитационными центрами, лечебно-профилактическими учреждениями системы здравоохранения.

Третий этап — психолого-педагогическая, медицинская, социальная коррекция нарушенного развития, подготовка к школьному обучению, которая может осуществляться в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ).

Знание особенностей и нужд инвалидов позволяет стоматологам провести наиболее качественное и комфортное лечение. Улучшение качества стоматологической помощи людям с ограниченными возможностями является одной из важнейших задач стоматологии, так как многие из таких пациентов сегодня лишены адекватного стоматологического пособия.

Этика общения:

Рекомендуем избегать слов и понятий, которые в общественном сознании имеют устойчивое эмоциональное восприятие и создают соответствующие стереотипы, слова, которые несут негативный оттенок и могут быть восприняты с оскорблением – «прикованный к коляске», «страдающий ДЦП». Используйте нейтральные выражения, констатирующее объективное состояние человека - «человек на коляске», «незрячий человек».

Используя выражения «нормальный» или «здоровый» человек в отношении не инвалидов, вы, тем самым, неосознанно называете людей с инвалидностью «ненормальными» или «больными». Является правильным говорить, обращаясь к человеку на коляске, что он пришел в комнату, а не приехал.

В некоторых случаях для адекватного оказания медицинской помощи пациентам, которые не в состоянии контролировать свою двигательную активность, например, пациентам с определенными неврологическими заболеваниями, необходима полная или частичная иммобилизация. Иммобилизацию на время лечения может осуществлять врач или родственники пациента.

Особенность стоматологической помощи детям-инвалидам заключается в том, что им требуется специальная подготовка перед лечением.

Кроме того, беспокойство родителей общим состоянием здоровья ребенка часто затягивает обращение к стоматологу, из-за чего у ребенка развиваются серьезные заболевания.

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ДЕТСКОМУ ВРАЧУ-СТОМАТОЛОГУ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (ПНР)

Стоматологическая помощь детям с психоневрологическими расстройствами требует учета индивидуальных особенностей каждого ребенка. Работа врача с детьми, неспособными к самообслуживанию и самостоятельному передвижению, испытывающими трудности в общении с окружающими, имеющими отклонения в нервно-психическом развитии и эмоционально неустойчивыми, сопряжена со значительной сложностью проведения у них лечебно-коррекционных мероприятий вообще и в полости рта в частности.

Современная профессиональная деятельность давно не обходится без применения психологии, возрастающее значение которой удовлетворяет не только технические, но этические и социальные требования. Реакция детей с ПНР на лечение зачастую неадекватная, иногда агрессивная, что коррелирует со степенью тяжести психоневрологической патологии.

Неврологические и психоневрологические нарушения у детей – это следствие раннего органического поражения мозга, возникшего внутриутробно, во время родов или непосредственно после них. Такие патологические состояния требуют постоянного лечения и медико-педагогической коррекции нарушенных функций нервной системы.

В своей работе врач будет сталкиваться с такими диагнозами как: расстройство аутистического спектра (РАС), синдром Дауна, детский церебральный паралич (ДЦП), задержка психического и речевого развития (ЗПР и ЗРР) синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), умственная отсталость (УО) при этом данные диагнозы могут иметь сочетанные нарушения как со стороны нервной системы, так и с соматической. Поэтому очень важно детскому врачу-стоматологу владеть основными знаниями в области детской патопсихологии и обязательно поддерживать сотрудничество с детским клиническим психологом.

С чего начать?

1. Знакомство. Чтобы "особого" ребенка настроить на добровольное лечение в кресле, потребуется много визитов на адаптацию. На этом этапе ребенку необходимо привыкнуть к окружающей обстановке, к вам. Важно дать ему все потрогать, посмотреть. Возможно вам придется поиграть с ним, попить чай и т.п. Ваша задача - подружиться с маленьким пациентом,

войти к нему в доверие. В этом могут помочь родители ребенка. Узнайте у родителей все его особенности, привычки, предпочтения.

2. Ритуал. Важно каждый визит в кабинет врача начинать одинаково, с одного и того же, соблюдая выработанный совместно с родителем поэтапный план действий. И у каждого ребенка он может быть своим. Например, кто-то из детей ни за что не сядет в кресло, пока не посмотрится в зеркало и т.п. Или можно начинать лечение после чистки зубов макету и т.д. Если вы уберете этот шаблон, то лечения не получится. Принимать ребенка нужно всегда в одном и том же кабинете. Для каждого ребенка составляется индивидуальная программа лечения и профилактических мероприятий. Прежде чем начать непосредственно лечение можно попробовать инструментом что-то проделать на ручке ребенка (при этом инструмент должен быть уже знаком и привычен пациенту), можно постучать, позвенеть инструментом, после спросить "а давай попробуем, как в ротике стучит (постучать по зубкам). Многим детям важно держать в своих руках любимую игрушку или вещь. Для детей дошкольного возраста ведущим видом деятельности является игра, поэтому вам будет легче выполнять лечебный процесс, если вы включите в него элементы игры. Возможно вам могут помочь в этом родители. Некоторым, просто необходимо, чтобы все вещи стояли на своих местах, как было в самом начале визита, поэтому не мешайте ребенку, если он вдруг будет переставлять некоторые предметы в кабинете, как считает нужным, особенно это характерно для детей с РАС. Обращайте особое внимание на то, чтобы лоток с инструментами и стоматологическая лампа находились вне поля зрения пациента, а первые стоматологические манипуляции были краткими и, по возможности, наименее болезненными. После каждой манипуляции хвалите маленького пациента и старайтесь игнорировать неподобающее поведение столько времени, сколько это возможно.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу комплексных дезинтегративных нарушений психического развития, для которых характерна неспособность к коммуникации и социальному взаимодействию, а также склонность к стереотипности поведения. Все вышеуказанные отклонения приводят к социальной дезадаптации. РАС – комплекс патологий, который включает несколько состояний. В МКБ–10 они относятся к группе «Общие расстройства психологического развития (F84)». Данная категория включает:

F84.0 Детский аутизм;

F84.1 Атипичный аутизм;

F84.2 Синдром Ретта;

F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста;

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями;

F84.5 Синдром Аспергера;

F84.8 Другие общие расстройства развития;

F84.9 Общее расстройство развития неуточненное.

В 80-х годах прошлого тысячелетия РАС встречались в 4–5 случаях на 10000 детей. Сейчас этот показатель увеличился до 50–116 случаев. По данным ВОЗ, РАС выявлены примерно у 1% населения планеты. В США, например, аутизм диагностируют у 100 из 10000 детей. Специалисты Всемирной организации аутизма в 2008 г. констатировали, что в мире на 150 детей приходится один, страдающий аутизмом. За последнее десятилетие количество детей с РАС увеличилось в десять раз. Такая тенденция характерна для многих стран, где ведется статистика этого заболевания. Однако до конца неясно, что служит причиной повышения распространенности РАС: реальное увеличение количества пациентов или более тщательные обследования и, следовательно, более частая идентификация диагноза. Если в 2000 г. распространенность РАС составляла от 5 до 26 случаев на 10000 детей, то в 2005 г. один случай аутизма приходился уже на 250–300 новорожденных. О распространенности РАС в России однозначно сказать невозможно,

потому что у нас в стране не разработаны принципы учета и должного межведомственного взаимодействия на государственном и ведомственном уровне (цитируется по итогам акции социальный заказ «Статистика 2010–2011»). По мнению большей части специалистов, увеличение количества детей с РАС в первую очередь связано с повышением уровня медицинских технологий, с помощью которых можно поддерживать жизнь новорожденных с тяжелой неврологической патологией. Количество людей с РАС стало больше, поэтому врач-стоматолог должен быть готов к встрече с пациентом-аутистом. Так, 97% британских стоматологов хотя бы раз в жизни оказывали помощь пациенту с РАС. При этом 58% врачей знали о методах и способах лечения таких пациентов, и 53,4% смогли применить их на практике.

Клинические проявления аутизма:

Для того, чтобы врачу-стоматологу понять, что перед ним ребенок с РАС, необходимо помнить о клинике данной патологии. Выделено три диагностических критерия РАС, которые впервые определяются в возрасте до трех лет:

1. Нарушение социального взаимодействия – неспособность использовать взгляд, мимику и жесты при общении с собеседником, отсутствие интереса к чувствам и увлечениям других детей.
2. Качественные нарушения общения – задержка речевого развития, невозможность заводить и поддерживать беседу, стереотипность в речи, немедленная и задержанная эхолалия, неучастие ребенка в игре.
3. Ограниченные и повторяющиеся модели поведения, интересов и действий, любовь к рутине. Это проявляется в повышенном интересе к определенному игровому материалу, монотонных движениях конечностей.

Помимо этого, для РАС характерна избыточная сенсорная чувствительность в одном или нескольких из пяти чувств, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, когнитивные нарушения и особые интересы. Когнитивные нарушения наблюдаются у 70% и выражены у 40% людей с РАС. Для РАС характерно множество коморбидных состояний, которые затрудняют диагностику данного заболевания. К сопутствующим психическим заболеваниям относятся

психозы, расстройства настроения, тревожные состояния, расстройства личности. При этом у 50 % детей с аутизмом уровень интеллекта выше, а у 50% – ниже среднего. Говоря о соматической патологии, следует отметить, что страдающие РАС имеют следующие состояния, влияющие на стоматологическое здоровье: искривление позвоночника (51,6%), нарушения речи (29%), аденоиды (9,7%), ротовое и смешанное дыхание (58,1 и 32,2%, соответственно). Инфантильный тип глотания регистрируется в 74,2%, а вялое жевание – в 51,6% случаев. Из вредных привычек отмечаются сосание большого пальца (12,9%), закусывание нижней губы (22,6%), прокладывание языка между зубами (51,6 %).

Также у детей с РАС происходит поздняя смена молочных зубов на постоянные, встречается гипоплазия эмали и ослаблен мышечный тонус. Они очень избирательны в еде и предпочитают мягкую и сладкую пищу, которую долго держат во рту, прежде чем проглотить. Для детей с РАС характерны проблемы с общением, заторможенность, неудовлетворительная гигиена полости рта, повышенное слюноотделение или ксеростомия, острое течение кариеса.

Указанные причины и сопутствующая патология в совокупности приводят к развитию вредных стоматологических привычек и формированию патологического прикуса. Формы расстройств аутистического спектра В зависимости от тяжести заболевания и его формы, РАС может проявляться по-разному. Некоторые пациенты ведут образ жизни, который мало отличается от образа жизни обычного человека, а часть из них имеют серьезные отклонения, делающие невозможным самостоятельное выполнение повседневных действий. Так, синдром Аспергера относится к легкой форме расстройств, для него не характерно снижение интеллекта и нарушение речи. Классической формой РАС считается синдром Каннера. Он характеризуется эмоциональной бедностью, нарушением социализации и стереотипностью в движениях. Синдром Ретта отличается прогрессирующей дегенерацией центральной нервной системы. Из-за наследственных генетических нарушений в первые годы жизни развивается тяжелая инвалидность, связанная с энцефалопатией. Этот синдром относят к женскому психоневрологическому заболеванию. Девочки с указанной патологией неспособны к обучению и самостоятельному передвижению.

Атипичный аутизм развивается в более старшем возрасте, после трех лет. Для него характерны один или два критерия диагностики детского аутизма по МКБ-10.

Соблюдение гигиены полости рта у пациентов с РАС затруднено. Это связано с нарушением мелкой моторики, трудностью в обучении, повышенной чувствительностью к щетинкам зубной щетки, вкусу и запаху средств для индивидуальной гигиены полости рта]. Для обучения правильной чистке зубов было предложено использовать «визуальные поддержки», которые основаны на коммуникационной системе обмена изображениями. Эти изображения созданы для того, чтобы дети с РАС научились различным бытовым ситуациям, в том числе и чистке зубов. В соответствующем исследовании удалось приучить детей к регулярной чистке зубов и этим улучшить значения гигиенического и пародонтального индексов. При этом 75,7 % родителей считают подобное обучение сложным, но 100% респондентов говорят о его высокой эффективности. Для аутизма типично такое коморбидное состояние как диспраксия – своеобразное двигательное расстройство, при котором нет параличей и нарушений мышечного тонуса, но ребенок испытывает трудности в координации и при выполнении сложных и целенаправленных движений. Следствием диспраксии становятся плохая гигиена и травмы слизистой оболочки полости рта. Так, у более чем половины детей, имеющих РАС (54 %), очень плохой уровень гигиены полости рта и очень высокий уровень интенсивности кариеса. Распространенность кариеса молочных зубов у детей с РАС несколько выше, чем в целом в популяции. Это связано с поздней сменой прикуса, и для детей с данным состоянием также характерен гингивит средней степени тяжести.

Фармакологические препараты, которые принимают аутисты, относятся к группе антипсихотиков, ноотропов. Многие из них содержат большое количество сахара, а их побочным эффектом считается ксеростомия. В результате снижения скорости нестимулированной секреции ротовой жидкости при РАС развивается кариесогенная ситуация, и происходит сдвиг рН в кислую сторону, изменяется микробный состав в ротовой полости. Из-за недостатка слюны наблюдается более тяжелое течение воспалительных процессов. В таких условиях активируется перекисное окисление липидов. В результате прогрессирует деструкция клеточных мембран, запускается апоптоз, развивается «окислительный

стресс». Все эти процессы отрицательно влияют на здоровье полости рта. На этом основана зависимость распространенности и активности кариеса, плохой гигиены и воспаления слизистой оболочки полости рта от психоневротических расстройств.

К сожалению, не так много специалистов готовы работать с детьми, страдающими РАС, поэтому родителям тяжело найти стоматолога, который имеет возможность и желание помочь такому ребенку. Расставляя приоритеты, родители детей с РАС отводят последнее место здоровью полости рта. Для них гораздо важнее другие проблемы со здоровьем. Многие дети также имеют дентофобию – страх стоматологического лечения. Специалисты-стоматологи отмечают трудность общения и установления контакта с ребенком, страдающим РАС. Большой проблемой здесь служит и отсутствие государственного финансирования стоматологических услуг и, следовательно, их высокая стоимость. Факторы, затрудняющие стоматологический прием пациентов с РАС

Реакция детей с психоневрологическими расстройствами на стоматологическое лечение в большинстве случаев неадекватная, достигающая до агрессии, что находится в прямой зависимости от степени тяжести РАС. Посещение стоматолога становится стрессом для подобных пациентов. При повышении у них сенсорной чувствительности возникают реакции на вкус и запах стоматологических материалов, латексных перчаток, холодные металлические инструменты, яркий свет рефлектора и шум бор-машины и слюноотсоса. Ребенок может неадекватно среагировать на прикосновения или цвет медицинской одежды.

Людей с РАС пугает необходимость долго сидеть неподвижно и кресло стоматологической установки, которое регулируется врачом. Ребенок теряет контроль над ситуацией. Отрицательное влияние оказывает медицинская маска, закрывающая лицо врача. Это связано с тем, что пациенты, страдающие аутизмом, не могут смотреть в глаза визави, они смотрят на губы, которые в данном случае закрыты. Подготовка ребенка с РАС к стоматологическому приему

Качественная подготовка к визиту может значительно облегчить весь прием, как для врача, так и для пациента. Прежде всего целесообразно отправить родителям ребенка анкету, в которой содержатся вопросы о нарушениях сенсорной чувствительности и других особенностях ребенка, скоординировать время визита. Для того чтобы ребенок понял, какие манипуляции ему будут делать, рекомендуется выслать пациенту перчатки, маску, одноразовое

зеркало и вату. С помощью этого ребенок научиться держать рот открытым и привыкнет к ощущению перчаток и инструментов во рту. При замене мануальной зубной щетки на электрическую пациент в дальнейшем, как правило, испытывает меньший страх перед стоматологической установкой. Перед визитом к стоматологу родителям нужно посетить поликлинику и сфотографировать врача и кабинет, чтобы ребенок знал, где ему предстоит побывать. Время, проведенное в очереди, должно быть сведено к минимуму, а в идеале отсутствовать. Широко используются «визуальные поддержки» – фотографии, демонстрирующие каждый этап лечения.

Особенности стоматологического приема детей, страдающих РАС

Детям с психоневрологическими расстройствами и низким уровнем готовности к выполнению врачебных рекомендаций следует увеличить количество «адаптивных» визитов в стоматологическую клинику до десяти. При стоматологических манипуляциях рекомендуется применять пластиковые, а не металлические инструменты. Пластик не холодный и не будет вызывать неприятных ощущений у пациента. Для полоскания полости рта лучше использовать обычную воду, потому что вкус и запах антисептиков может оказаться слишком сильным для пациентов с РАС.

Нужно разрешать родителям или сопровождающим лицам присутствовать на приеме – они помогут врачу наладить контакт с ребенком. Общаясь с пациентом с РАС, нужно говорить короткими фразами, делать паузу между предложениями длительностью до пяти секунд и произносить слова очень медленно. Следует стараться не употреблять в речи приказы, т.к. для детей с РАС характерно патологическое избегание требований. Для того чтобы пациент не сопротивлялся стоматологическим вмешательствам, лучше использовать принцип «скажи – покажи – сделай». При этом сначала стоматолог говорит, что собирается сделать, затем показывает это вне полости рта, и только потом переходит к манипуляции. Также хорошо помогает принцип «сейчас – потом». Врач может сказать: «Сейчас я почищу тебе зубы, потом ты встанешь с кресла, сейчас я обработаю полость, потом ты пойдешь домой». Нужно чаще употреблять имя пациента, чтобы ребенок понял, что стоматолог обращается к нему. В речи врача нужно оставить только ключевые слова, без лишних распространений. Если нужно о чем-

то попросить ребенка, делать это лучше без частицы «не». Например, вместо фразы «Не закрывай рот», лучше сказать: «Оставь рот открытым». Предлагая что-то на выбор, следует сокращать варианты до минимума. Так как у людей с РАС отсутствует образное мышление, не нужно использовать метафоры и сравнения. Жесты и мимика также не сделают слова врача яснее.

Для повышения комфорта при проведении стоматологических процедур пациентам с РАС рекомендуется применять седацию или общее обезболивание. Эти вмешательства проводятся при наличии письменного согласия родителей ребенка. При седации сознание у пациента сохраняется. Однако он реагирует на определенные речевые команды или на сочетание речевых стимулов с незначительным тактильным воздействием. Санация полости рта проводится в одно или два посещения с интервалом 5–8 дней. За время одного визита удается пролечить до 3–5 зубов. Преимуществом общего обезболивания считается возможность выполнить большой объем процедур за одно посещение, пролечить и удалить все требующие этого зубы. Стоматологическое лечение детей с РАС не ограничивается санацией полости рта. Им необходима помощь узких специалистов: ортодонта, логопеда, фониатра. Работая совместно, эти специалисты выявляют и устраняют вредные привычки, разрабатывают комплекс миогимнастики и лечебной физкультуры для мышц языка, жевательной и мимической мускулатуры.

Особенности лечения детей с аутизмом

Обычный прием у стоматолога, незнакомая обстановка, наличие непонятных инструментов и незнакомых или малознакомых людей, пугающие звуки — раздражение для детей с расстройствами аутистического спектра. Этот раздражающий фактор может спровоцировать яркую негативную поведенческую реакцию, что поставит возможность лечения и даже осмотр ребенка под большой вопрос. Многие научные сообщества стоматологов посвящают свою научную деятельность особым детям, рискам развития тех или иных патологий, а также вариантам комфортного лечения и профилактики. Исследования, проведенные с детьми-аутистами, позволили определить роль родителей в подготовке лечения малышей в комфортных условиях. На приеме дети с диагнозом «аутизм» часто просто игнорируют просьбы стоматолога, что может сделать лечение не только бесполезным, но даже опасным. Поэтому

родители должны заранее продумать лечение и провести ряд процедур, помогающих адаптироваться ребенку с диагнозом.

Первое посещение должно быть исключительно ознакомительным. На приеме стоматолог познакомится, постарается подружиться, покатает ребенка в кресле и только потом посмотрит зубы у детей. Некоторые авторы говорят о том, что даже использование инструментов нежелательно. Такие рекомендации должны быть применимы не только для детей с расстройствами аутистического спектра, но и к здоровым малышам. Если родители приводят на прием особенного ребенка, об этом необходимо договариваться заранее. Исследования, проведенные в 2015 году в США, показали, что адаптация в стоматологическом кабинете позволила снизить тревожность и страх маленьких пациентов, а также провести лечение.

Адаптированная среда для детей с диагнозом

Известно, что дети с аутизмом проявляют яркие негативные реакции на сенсорные и тактильные раздражители. Кабинет стоматолога с его яркими огнями, звуками и «крючками», необходимостью тактильного контакта — мощный раздражительный фактор.

В проведенном исследовании приняло более 40 детей: половине маленьких пациентов был выставлен диагноз «аутизм». Все дети проходили плановый осмотр и профилактическую чистку зубов в кресле стоматолога дважды: первый раз в обычном кабинете, повторно — в так называемой адаптированной среде. В каждом из сеансов стоматолог оценивали поведение детей, тревожность и интенсивность боли. Адаптированная среда подразумевала снижение интенсивности освещения в кабинете, включение ярких и громких мультимедиа (что отвлекало детей от процедуры), на стоматологическом кресле был установлен специальный чехол, имитирующий крылья яркой бабочки, а когда дети располагались в кресле, крылья укутывали малышей, создавая ощущение защиты. Исследование выявило, что дети из двух групп в условиях адаптированной среды стоматологического кабинета показали меньший уровень тревоги, страха, а уровень боли был гораздо ниже. Данные, которые были получены в ходе исследования, позволили взглянуть на особенности лечения зубов у детей с расстройствами аутистического спектра под новым углом и сделать его возможным без наркоза и даже седации. Все же главное — подготовка ребенка к лечению и близкое присутствие родителей.

Роль родителей в лечении

Лечение детей с расстройствами аутистического спектра может проводиться под наркозом, тогда стоматолог выполняет задачу максимум: сразу залечиваются все зубы у детей, проводится ряд профилактических процедур, а проснувшийся ребенок ничего не помнит и спокойно отправляется домой.

Второй вариант лечения — постепенный, когда стоматолог в каждое посещение проводит минимум манипуляций. Особый интерес представляет именно такой вариант лечения. Как он будет проходить?

Во-первых, лечение всегда проводится в присутствии матери или отца — того человека, которому ребенок доверяет, причем малыш сидит на руках у родителя в кресле.

Во-вторых, детям с диагнозом необходим дополнительный раздражитель. Поэтому стоматологи могут включать яркие, красочные мультики, лучше, по возможности, использовать очки 3D-реальности. Сам стоматолог должен стараться держать все инструменты вне поля зрения ребенка, а все манипуляции должны быть максимально скрытыми. Для спокойствия родителей перед лечением необходимо предварительно проконсультироваться со стоматологом. Во время беседы врач выяснит особенности поведения малыша, а также то, что поможет провести качественное лечение.

Важные рекомендации:

1. Попробуйте максимально сократить время ожидания, поскольку оно может вызвать повышенное беспокойство вашего пациента с аутизмом.
2. Выделите больше обычного времени на прием пациента с аутизмом или разбейте лечение на несколько визитов. Так вы не будете спешить и, возможно, это снизит тревожность вашего пациента.
3. Всегда объясняйте заранее, что вы собираетесь делать: «Я сейчас посмотрю твои зубы с помощью этого зеркала. Оно может постучать по твоим зубам».
4. Людям с аутизмом часто нужно дополнительное время, чтобы понять сказанное, многие предпочитают визуальную информацию (фотографии, специальные символы).

5. Многие люди с аутизмом избегают прикосновений. Всегда предупреждайте пациента заранее, если вы должны до него дотронуться, и объясняйте почему.
6. Некоторые люди с аутизмом имеют повышенную чувствительность к свету и звуку. Постарайтесь насколько возможно адаптировать обстановку в кабинете.
7. Некоторые пациенты с аутизмом имеют очень низкую чувствительность к боли и могут не осознавать, что испытывают болезненные ощущения.
8. Люди с аутизмом могут воспринимать сказанное буквально. Говорите просто и четко, без метафор. Убедитесь, что пациент вас понимает.
9. Некоторые пациенты при повышенной тревожности могут издавать звуки или делать повторяющиеся движения. Это их способ справиться со стрессом, к которому нужно относиться с пониманием.

Тревожность, сенсорная перегрузка и сложности в общении могут привести к сложному или агрессивному поведению. Позвольте родителям или сопровождающим пациента вмешаться и помочь ему успокоиться.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ СИНДРОМА ДАУНА

У «солнечных» детей высокий порог чувствительности, они легко и спокойно переносят уколы анестетиков и другие стоматологические манипуляции, но только при одном условии — рядом должна быть мама. Дети с синдромом Дауна, как правило, очень общительны: им нравится наблюдать за лицами, улыбаться и узнавать новых людей. Они учатся понимать выражение лица, положение тела и интонацию речи. Будьте с ними предельно искренни. Они очень чувствительны к эмоциональным проявлениям окружающих их людей. Отставание в психическом развитии таких деток находится в пределах легкой или средней степени. Только у небольшого процента Даунов наблюдается глубокая задержка в интеллекте. С детьми-Даунами тяжело общаться из-за плохой концентрации внимания, они слышат, но не хотят отвечать просто так.

В последнее время охране здоровья людей с синдромом Дауна и другими ментальными особенностями уделяется всё больше внимания не только в странах Запада, но и в России. Однако вопросы стоматологического здоровья по-прежнему остаются на заднем плане. Работ о лечении стоматологических заболеваний у такой категории пациентов немного, и касаются они в основном подростков и взрослых. Еще меньше внимания в специальной литературе уделяется профилактике различных стоматологических проблем у детей с синдромом Дауна раннего возраста. Стоматологический осмотр таких детей надо проводить с 2-летнего возраста каждые 6 месяцев. В России согласно графику специализированного обследования детей с синдромом Дауна детский стоматолог проводит первый осмотр полости рта в полтора года, затем в 2 и далее ежегодно. Мотивируются довольно поздние сроки первого осмотра тем, что прорезывание временных зубов у детей с синдромом Дауна происходит позднее, чем в норме (в 8—12 месяцев и позже). При этом все стоматологи, работающие с данной категорией детей, отмечают, что из-за связанной с нарушениями обменных процессов высокой восприимчивости к детским болезням, особенно со стороны ЛОР-органов, у них очень быстро развивается ранний детский кариес, который отличается практически молниеносным течением и часто приводит к повреждению зачатков постоянных зубов. К значимым факторам развития раннего кариеса у детей с синдромом Дауна относятся неудовлетворительная гигиена полости рта, особенности общесоматического состояния, а также некоторые из перечисленных ниже особенностей строения полости рта:

маленькие размеры коронковой части зубов; маленькая, узкая верхняя челюсть, в связи с чем зубы растут слишком тесно, что затрудняет полноценную гигиену полости рта; высокое, узкое, аркообразное нёбо; открытый прикус, при котором зубы верхней и нижней челюсти не смыкаются в переднем отделе; более позднее и обычно не в том порядке, как у нормативно развивающихся детей, прорезывание зубов; нередкое отсутствие зачатков одного или нескольких постоянных зубов; большой язык (макроглоссия): нарушение функции глотания, вялое жевание; скрежет зубами (бруксизм), сказывающийся на состоянии эмали. Риск возникновения стоматологических заболеваний также увеличивается из-за пониженной чувствительности рецепторов полости рта, вследствие чего дети с синдромом Дауна предпочитают мягкую пищу, из-за чего не происходит естественного самоочищения зубов, что, в свою очередь, способствует быстрому образованию обильного зубного налета на всех зубах маленького пациента. Помимо кариозных поражений, у детей с синдромом Дауна повышен риск заболеваний слизистой полости рта. Из-за относительно большого бороздчатого языка, слабых мышц височно-нижнечелюстного сустава, преимущественно ротового типа дыхания часто встречаются стоматиты и гингивиты, которые уже в подростковом возрасте переходят в хронические заболевания пародонта. К сожалению, родители, сталкиваясь с проблемами в развитии своего особого малыша, занимаясь лечением заболеваний других систем и органов, упускают из виду стоматологическое здоровье, а на прием к стоматологу приводят ребенка уже с острой болью.

И тогда, чтобы качественно и без стресса для маленького пациента за один раз провести большой объем лечения, необходимо делать это под общим обезболиванием. Однако общая анестезия несет определенные риски, которые усугубляются из-за повышенной склонности детей с синдромом Дауна к респираторным инфекциям, высокой вероятности осложнений со стороны сердечно-сосудистой и других систем, возможной атланта-аксиальной нестабильности и анатомических особенностей, обуславливающих трудности при применении анестезиологического пособия. Даже если прямых противопоказаний нет, все равно родители соглашаются на лечение зубов под общей анестезией с большой неохотой, поскольку ее применение может вызвать у ребенка с ментальными особенностями временный «откат» в когнитивном и двигательном развитии, в использовании уже, казалось бы, успешно освоенных навыков и компетенций. Даже применение в анестезиологической практике

современного препарата «Севоран» не гарантирует отсутствие этих нежелательных последствий. Надо понимать: если ребенку показано стоматологическое лечение под общим обезболиванием, то ему необходимо сделать тщательное обследование перед проведением сложных манипуляций.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ДЦП

Детский церебральный паралич (ДЦП) — собирательный термин, объединяющий многочисленные тяжелые заболевания нервной системы. Общим среди них является затрагивание структур головного мозга, отвечающих за произвольные движения. ДЦП проявляется в виде парезов, параличей, нарушений координации, гиперкинезов и другими симптомами. Все эти факторы негативно сказываются на возможности самообслуживания. У детей с диагнозом нет альтернативы осуществлять полноценный уход за полостью рта, что является причиной столь широкого распространения различных стоматологических патологий.

Актуальность ДЦП

Современные статистические данные свидетельствуют о том, что около 40% детей становятся инвалидами из-за перинатальных поражений центральной нервной системы. В этой структуре доминирующее положение отводится именно двигательным расстройствам. Разнообразие сопутствующих хронических патологий у детей с поражениями нервной системы обуславливает развитие сложных и агрессивно протекающих болезней зубов и десен в сочетании с нарушениями работы всей зубочелюстной системы. Для современной стоматологии разработка эффективных программ лечения и профилактики болезней полости рта для детей с ДЦП представляет сложную задачу. Сегодня этому вопросу уделяется особое внимание, проводятся исследования, выделяются средства из бюджетов различного уровня. Многие научные работы врачей-стоматологов посвящены именно этой проблеме. Особый акцент в работах делается на участие родителей, привлечение сотрудников интернатов и центров, в которых дети с диагнозом проходят обучение и лечение. За последние 20 лет было обнародовано множество научных работ, посвященных особенностям и сложностям лечения детей с диагнозом ДЦП. Так группа авторов во главе с Л. Р. Афанасьевой предложила создавать специальные курсы, где будут проходить дополнительное обучение врачи, специализирующиеся на лечении детей с тяжелыми диагнозами. При этом, речь идет не только о детях с ДЦП, но и о других многочисленных заболеваниях нервной системы, психических расстройствах или даже умственной отсталости. Также коллектив авторов провел исследование, которое затронуло медико-санитарную просвещенность родителей особенных детей, а также педагогов, работающих в специализированных интернатах. Данные показали низкий

уровень знаний об особенностях стоматологического здоровья детей у педагогов, а также недостаточно высокую заинтересованность как среди родителей, так и педагогов. Учитывая сложности в лечении детей с диагнозом ДЦП и особенности состояния здоровья, ученые разрабатывают специальную программу, которая позволит родителям и педагогам понять и применять простейшие стоматологические знания. Но, несмотря на их простоту, они помогут снизить распространенность кариеса, его осложнений и других стоматологических болезней.

Дисфагия у детей

Для каждого человека акт глотания является жизненно необходимым. Контроль над этим актом, а также всем, что ему предшествует (откусывание, жевание), контролирует нервная система. Учитывая, что у детей с ДЦП могут затрагиваться центры, отвечающие за эти действия, иногда можно диагностировать нарушения. Дисфагия — затрудненное глотание, — далеко не редкий диагноз, который выставляют малышам. Для детей с ДЦП характерны нарушения глотательного рефлекса и моторной функции, обратное забрасывание содержимого желудка в пищевод, полость рта и носа. Чем меньше ребенок, тем сложнее диагностировать проблему, ведь малыш не может указать на то, что его беспокоит. Но специалисты говорят о тревожных признаках, на которые необходимо обращать внимание:

- капризное поведение у груди, отсутствие глотательных движений. Дети с нарушениями акта глотания могут длительное время «висеть» на груди, при этом не глотая грудное молоко;
- появление молока в полости носа после кормления. При нарушении акта глотания грудное молоко или смесь попадает в носоглотку;
- кашель после кормления;
- необычное положение ребенка во время кормления. Дисфагию провоцируют нарушения в работе нервной системы, что отражается и на состоянии мышц;
- отсутствие нормальной прибавки в весе.

Дисфагия может стать причиной многочисленных стоматологических патологий. Нарушения в работе нервной системы и гипертонус жевательных мышц становятся причиной формирования дисфункций височно-нижнечелюстного сустава, даже у самых маленьких пациентов.

Отсутствие полноценной жевательной нагрузки провоцирует формирование патологий прикуса различной степени выраженности. Известно, что именно жевательная нагрузка стимулирует их полноценный рост и гармоничное развитие. Недоразвитие челюстей — одна из причин патологий прикуса и, как следствие, нарушения осанки. Аномалии и деформации челюстно-лицевой области регистрируются у 71% детей с диагнозом ДЦП. Стоматологи отмечают, что около 60% всех патологий прикуса являются приобретенными, и объяснить их можно наличием вредных привычек.

Поражения зубов у детей с ДЦП

Если рассматривать все заболевания зубов у детей с диагнозом, то на первое место выходит именно кариес. Чаще всего регистрируется его декомпенсированная форма (множественная, когда поражен практически каждый зуб) как в молочном, так и постоянном прикусе. Примечательно, что кариес быстро переходит в осложнения.

Анализ статистических данных показал зависимость от возраста:

- в возрасте 1-8 лет распространенность кариеса составила 81,5%;
- у детей в возрасте 8-14 лет — 85,8-91,7%.

В любой возрастной группе у 70% детей регистрируется множественная форма кариеса.

Объяснить столь широкую распространенность кариеса у детей с ДЦП можно отсутствием удовлетворительной гигиены полости рта, преобладанием жидкой и полужидкой пищи, рациона с большим содержанием углеводов, приемом большого количества лекарственных препаратов и недостаточным объемом стоматологической помощи. Стоматологи говорят о том, что особое значение при формировании кариеса отводится сочетанию кариозных и некариозных поражений зубов: гипоплазия и аплазия (недоразвитие или полное отсутствие эмали). Известно, что гипоплазия регистрируется у 40,9% детей. Проявление недоразвития эмали характерно как для молочных, так и постоянных зубов. С учетом недоразвития эмали, повышенного тонуса жевательной мускулатуры и бруксизма, у детей регистрируется патологическая стираемость эмали, которая осложняет течение кариеса и облегчает его переход в осложнения. Сложностей добавляет и низкая минерализация эмали в сочетании с некариозными поражениями эмали. Двигательные

расстройства и патологии прикуса создают повышенную предрасположенность к травмам.

Учитывая структурные изменения челюстно-лицевой области, гипертонус жевательной мускулатуры и сопутствующие хронические болезни, дети с диагнозом ДЦП находятся в группе риска по формированию заболеваний пародонта — комплекса тканей, удерживающих зуб на своем месте. К числу болезней пародонта относят гингивиты, пародонтиты. Если обратиться к статистическим данным, то у детей младшего возраста преимущественно регистрируются гингивиты микробного происхождения. Уже после прорезывания зубов, при формировании прикуса отмечают различные виды пародонтитов — воспалительно-дистрофических заболеваний десен, характеризующиеся убылью десен, подвижностью зубов и их последующей потерей. У детей формируются патологические десневые карманы, в некоторых случаях — заполненные гнойным содержимым. Родители должны понимать, что столь явные и многочисленные проблемы стоматологического здоровья обусловлены состоянием ребенка. ДЦП и ряд сопутствующих патологий негативно сказываются на защитных функциях и, подобно снежной лавине, провоцируют осложнения друг друга. Кариес быстро переходит в осложнения, а упорный гингивит перерождается в пародонтит. Гнойные осложнения могут стать угрожающими для здоровья и даже жизни маленьких пациентов. Учитывая эти обстоятельства, родители и стоматологи должны уделять пристальное внимание своевременному лечению и особенно профилактике стоматологических заболеваний у детей с диагнозом ДЦП.

Особенности лечения детей с ДЦП

Лечение детей с ДЦП сопряжено с многочисленными сложностями и особенностями, которое нередко проходит на базе специальных или же крупных стоматологических центров, имеющих высокотехнологичное оборудование с обязательным условием анестезиологического обеспечения. Комплексное лечение детей должно учитывать психологический аспект и привлечение смежных специалистов: педиатра, психотерапевта, физиотерапевта, невропатолога и других. Стоматологи указывают на целесообразность лечения детей с диагнозом ДЦП под общим наркозом. Таким образом удастся снизить риск нежелательных последствий для эмоционального состояния маленького пациента и уберечь его от неприятных воспоминаний. В условиях двигательных

нарушений стоматологу сложно в полной мере выполнять все необходимые лечебные манипуляции. Лечение детей с диагнозом ДЦП затруднено. И в один прием стоматолог старается освоить большой объем лечебных манипуляций. Как правило, лечение ребенка под наркозом длится не один час — за это время врач имеет возможность провести качественный осмотр полости рта, выявить слабые звенья, провести все необходимые манипуляции, начиная от залечивания кариозных полостей, заканчивая пломбированием каналов или даже удалением зубов. Под наркозом проводится и лечение десен, особенно если речь идет о каких-либо хирургических манипуляциях. Многие родители обеспокоены столь длительным пребыванием ребенка под наркозом и возможными последствиями. В обществе родителей особенных детей можно услышать множество «страшилок», касающихся возможного «отката назад», утраты достигнутых результатов лечения. Такие опасения родителей не подтверждаются, т.к. в ходе исследований не было выявлено связи и доказательств. Конечно, использование наркоза — процедура, связанная с некоторыми рисками, но все они сводятся к минимуму при выборе грамотного анестезиолога с опытом работы и высокотехнологично оборудованной клиники.

Профилактика стоматологических заболеваний

Именно профилактике стоматологических заболеваний у детей с ДЦП уделяют особое внимание. Вся профилактическая работа имеет многопрофильное направление и в работу вовлекаются не только дети, но и родители.

Правильное питание

Так, после рождения малыша и выставления неутешительного диагноза, все усилия врачей направлены на профилактику развития аномалий челюстно-лицевой области и стимуляцию полноценного роста. Лучшее питание, которое можно предложить ребенку, — грудное молоко. Сосание материнской груди будет обеспечивать полноценную нагрузку на жевательную мускулатуру, которая стимулирует процессы роста. При невозможности естественного вскармливания родители совместно со специалистом должны выбрать правильную соску и пустышку, которая будет максимально похожа на сосок материнской груди и способствовать профилактике формирования челюстно-лицевых деформаций. Наличие дисфагии, нарушение процесса откусывания и жевания пищи

способствуют коррекции рациона питания. В основном родители предлагают малышам жидкую и полужидкую пищу, что не идет на пользу развитию челюстно-лицевой области. Для профилактики негативных последствий необходимо соблюдать правила гигиенического ухода. Часто возникают вопросы о том, может ли ребенок с ДЦП кормиться грудью. Ответ однозначный — может и должен, ему особенно нужна поддержка материнским молоком и защита от инфекций. Но важно не ограничивать его пребывание у груди в силу того, что тонус мышц нарушен и кроха не может так активно сосать. Если возникают сложности с прикладыванием, можно придерживать голову крохи, чтобы он не запрокидывал ее назад, а также подцеживать молоко в рот и слегка тормошить малыша, чтобы он не «зависал» и не засыпал при кормлении. Зачастую дети с ДЦП не высасывают всю норму молока из груди, и им требуется дополнительный докорм сцеженным молоком при помощи специальной мягкой ложечки. Важно подобрать удобные позы для кормления, в которых можно провести за этим занятием не менее 30-40 минут, чтобы малыш смог полноценно насытиться или хотя бы высосать достаточный объем молока сам. Зачастую в самом начале прикладываний к груди матери нужно будет учиться регулировать движение челюстей крохи, чтобы он не прикусывал сосок, но и не слишком слабо захватывал его. В помощь можно привлечь консультанта по ГВ.

Особенности гигиены полости рта

Нарушение координации у детей с ДЦП практически не оставляет шансов на полноценную гигиену полости рта. По этим причинам стоматологи настоятельно рекомендуют привлекать к этой ежедневной процедуре родителей. Обучение чистке зубов, подбор средств и предметов гигиены проходит непосредственно в кабинете стоматолога. При этом врачи учитывают состояние ребенка, сопутствующие патологии, слабые звенья стоматологического здоровья.

Стоматологи могут рекомендовать жевательный комплекс для детей, в который входит пчелиный воск, экстракт шалфея лекарственного и другие ингредиенты. В исследовании эффективности данного комплекса участвовали 90 человек: 60 из них — дети с диагнозом ДЦП, остальные — практически здоровые. Перед началом исследования все дети подверглись тщательному стоматологическому осмотру, оценивались показатели распространенности кариеса, а также гигиенические индексы. Все дети использовали жевательный комплекс после каждого приема пищи на

протяжении месяца. По прошествии этого времени, стоматологами повторно оценивались показатели. Данные показали:

- сухость губ и образование корок уменьшилось у 59% детей;
- сухость полости рта у 63%;
- улучшились показатели состояния десен. Так, у 26% детей прекратилась кровоточивость, а неприятные ощущения исчезли вовсе.

Стоматологи заметили и снижение индекса распространенности кариеса в двух группах.

Применение жевательного комплекса можно рассматривать как эффективное средство профилактики многочисленных стоматологических патологий, характерных для детей с ДЦП. И это еще одно доказательство эффективности фитотерапии в профилактике стоматологических болезней.

Мероприятия в кресле стоматолога

Учитывая низкую минерализацию эмали, распространенность некариозных поражений зубов, которые в условиях низкой гигиены полости рта и сопутствующих заболеваний быстро осложняются кариесом, главная задача стоматологов — способствовать насыщению эмали минералами.

Для этого стоматологи совместно с педиатрами вносят коррективы в рацион питания, назначают дополнительный прием витаминов и минеральных комплексов. Непосредственно в кресле стоматолога проводятся следующие манипуляции:

- профессиональная гигиена полости рта — каждые 1-3 месяца, в зависимости от скорости образования зубного налета;
- аппликации с использованием минералов: кальций, фтор, глубокое фторирование зубов;
- герметизация фиссур.

При тяжелом состоянии ребенка и при повышенных рисках потери зубов стоматологами рекомендовано протезирование. Ортопедическое лечение можно рассматривать как единственное эффективное при гипоплазии и, тем более, аплазии эмали.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Дети с ОВЗ относятся к V группе риска стоматологических заболеваний как имеющие высокий риск развития кариеса, заболеваний пародонта и зубочелюстных аномалий, с нарушением минерализации эмали, обусловленным как врожденными генетическими, так и приобретенными причинами на фоне длительного приема медикаментозных препаратов, нарушения состава и свойств ротовой жидкости и недостатков гигиенического ухода в целом, обусловленного их ограниченными возможностями к самообслуживанию в целом.

Такие дети нуждаются в диспансерном наблюдении врачом-стоматологом детским не менее 3 раз в год и организации для них комплексных лечебно-профилактических мероприятий не менее 4-6 раз в год. Изучение показателей стоматологической заболеваемости и ее причин у детей с нарушением умственного развития и двигательной активности выявило достаточно высокую распространенность у них кариеса, воспалительных заболеваний пародонта, а также трудности гигиенического ухода за ртом, обусловленные ограниченными способностями к самообслуживанию. Это обусловило необходимость разработки программ гигиенического воспитания, предусматривающих обучение ребенка с ОВЗ в группах и индивидуально правилам чистки зубов с целью профилактики стоматологических заболеваний. Достичь эффективного результата обучения ребенка с ОВЗ можно только при сочетанном использовании разнонаправленных методик обучения. Содержание урока должно иметь четко спланированную цель, определяющую ожидаемый результат обучения, и в своем построении основываться на последовательном освоении теоретического материала и его практической реализации. Не менее важную роль играет целевая подготовка персонала (педагогов, воспитателей, медицинских работников) по обучению детей с ограниченными возможностями здоровья правилам гигиенического воспитания. Уроки гигиенического воспитания таких детей должны содержать:

- общую теоретическую часть – 10 минут.

Обучение проводится с использованием наглядных плакатов, стандартных демонстрационных моделей челюстей.

- практическую часть – контролируемая гигиена рта в умывальной комнате с помощью родителя (воспитателя, медицинской сестры).

- рисование и игры в плане повышения гигиенической культуры детей, свободных от практического занятия, под контролем и при участии педагога. Продолжительность – 30 минут. Общая продолжительность урока – 40-45 минут .

Одним из важных аспектов формирования мотиваций у ребенка является система поощрений. Они могут быть «внутренние» – словесные, игровые, влияющие на интеллектуальную и психоэмоциональную сферу, и «внешние», связанные с получением привлекательных для ребенка ценностей – подарков, сладостей. В данном случае в качестве стимулятора мотиваций к обучению индивидуальной гигиене рта и в виде «поощрения» мы использовали зубные пасты в привлекательной для ребенка упаковке с оптимальным составом для его возраста и состояния эмали. При выборе зубных паст для детей-воспитанников организованных коллективов, включая детей с начальной и умеренной степенью нарушения умственного развития необходимо учитывать не только их профилактическую направленность, но и ряд дополнительных требований, к которым относятся:

- лечебно-профилактические компоненты в составе зубной пасты должны подходить каждому ребенку в группе и обладать реминерализующей и противовоспалительной активностью;

- подбор зубных паст должен учитывать индивидуальные особенности детей. В случае особой клинической ситуации зубная паста выдается индивидуально, однако общий дизайн упаковки зубной пасты и фирма – производитель должны быть едиными в группе;

- рекомендуется, чтобы зубная паста одного наименования и фирмы производителя была представлена с различными вкусовыми добавками. В частности, некоторые дети говорят, что им, например, не нравится вкус мяты в пасте или, напротив, не устраивает ягодный вкус, тогда подбираются альтернативные варианты, однако учитывается, чтобы общий дизайн упаковки пасты не сильно отличался в одной группе детей;

- детская зубная паста должна иметь относительно широкий диапазон возрастных рекомендаций.

В ранее проведенных исследованиях в группах детей с преимущественно двигательными нарушениями, обусловленными детским церебральным параличом, особая роль отводилась освоению правильного захвата и нажима зубной щетки. У детей с ограничением интеллектуального развития ведущей проблемой является формирование мотивации и устойчивого навыка чистки зубов. Результаты наблюдения показывают, что дети не умеют не только правильно держать зубную щетку, но и полоскать рот; выплевывать, а не глотать зубную пасту; выполнять осознанные чистящие движения по всем поверхностям зубов.

Установлено, что у детей с 1-2 степенью ограничения жизнедеятельности отсутствие навыка полоскания рта обусловлено не умственной отсталостью, а недостаточными навыками, формирование которых возможно в процессе длительных многократных повторений правил ухода за ртом.

Соблюдение принципов последовательности и кратности повторений в этапах обучения гигиеническому уходу за ртом позволяет обеспечить формирование устойчивого навыка самостоятельной гигиены рта.

Факторы, ограничивающие доступность традиционных видов стоматологической помощи детям с ОВЗ и пути повышения результатов ее эффективности.

Наличие врожденной или приобретенной психосоматической патологии обуславливает трудности в оказании стоматологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Эти сложности определяются следующими факторами:

1) Высокая частота неадекватных психических и двигательных реакций во время стоматологического вмешательства с риском развития эпилептического припадка.

2) Отсутствие или затруднения речевого контакта и позитивного взаимодействия между врачом и ребенком вследствие страха перед лечением, усугубляемого органическими нарушениями здоровья и задержкой психического развития.

3) Длительный прием лекарственных препаратов сопровождается побочными эффектами применения, среди которых заторможенность внимания, снижение агрегации тромбоцитов и увеличение длительности кровотечений, гиперпластические процессы в деснах.

4) Нуждаемость в комплексной санации заболеваний челюстно-лицевой области, включая терапевтическое, хирургическое, ортодонтическое лечение и комплекс профилактических мер.

5) Обращение за стоматологической помощью в поздние сроки при развитии осложнений стоматологических заболеваний.

6) Необходимостью транспортировки на стоматологическое лечение пациентов с выраженной степенью двигательных нарушений и расстройств психики.

Совершенствование структуры и качества оказания стоматологической помощи детям с ОВЗ основано на координированном взаимодействии специалистов в различных областях стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Таким образом, в структуре стоматологических заболеваний детей с ОВЗ отмечается высокая распространенность и интенсивность кариеса и некариозных поражений, а также зубочелюстных аномалий, обусловленные полиэтиологическими факторами, включая генетические нарушения, состояние соматического здоровья, нарушение речи и развития мимических и жевательных мышц, длительный прием лекарственных препаратов и высокий риск травм. Уровень гигиены рта детей с ОВЗ плохой и неудовлетворительный, что во многом объясняется ограниченными способностями детей к самообслуживанию. Распространенность гингивита достигает 100%, с преобладанием средней и тяжелой степени. В связи с этим, образовательные программы, в том числе направленные на формирование устойчивых навыков индивидуальной гигиены рта, необходимо адаптировать для данной контингента детей с соблюдением принципов последовательности нагрузки и продолжительности во времени и осуществлять с сопровождением квалифицированной специализированной помощью.

Пособие подготовлено в рамках реализации проекта «Доступная стоматология - Развитие Центра мобильной стоматологии для лиц с ограниченными возможностями здоровья «Подари улыбку» с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов.

При консультационной поддержке:
д.м.н., профессор Николаенко С. А.

Печать: ООО «Торза»

Тираж: 200 экз.

Для бесплатного распространения